

医療券申請調書

保護者が記入してください

| | | | | |
|------|---|------------|------|----------|
| 被患者 | 学校名 | 摂津市立第四中学校 | | |
| | 学年・組 | 年 組 | 生年月日 | 平成 年 月 日 |
| | 氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 保護者名 | | 続柄 | |
| | 住所 | 摂津市 丁目 番 号 | | |
| | 電話番号 | () | 呼出(| 方) |
| 被患状況 | 病名を○でかこんでください。 学校保健安全法施行令第8条による疾病(学校病) トラコーマ 結膜炎 白せん 疥せん 膿か疹 中耳炎 慢性副鼻腔炎(蓄のう症) アデノイド 寄生虫病 むし歯 | | | |
| 必要月数 | 必要な月を記入してください ()月分～()月分 | | | |
| 薬局分 | どちらかに○してください 必 要 ・ 不 必 要 | | | |

